

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

41

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sonia OUMIKOV

Née le 24 février 1904, à Tiflis (Géorgie)

La

Cellulite en Oto-Rhino-Laryngologie

(Les Cellulites cervico-faciales)

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sonia OUMIKOV

Née le 24 février 1904, à Tiflis (Géorgie)

La

Cellulite en Oto-Rhino-Laryngologie

(Les Cellulites cervico-faciales)

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	N.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOCQUOT.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
HARVIER.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR N. OUMIKOV

*Qui m'a fait aimer la médecine, en
témoignage d'une grande affection.*

A M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

*Avec mes remerciements pour le grand
honneur qu'il me fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR HENRI CABOCHE

*Qui fut l'inspirateur de ce travail et
dont l'enseignement et les conseils me
sont si précieux. Qu'il veuille bien trou-
ver ici un faible témoignage de profonde
gratitude et de respectueux attache-
ment.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR SEBILEAU

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

M. LE DOCTEUR BOURGEOIS

M. LE DOCTEUR HAUTANT

M. LE DOCTEUR AUBRY.

*En témoignage de vifs remerciements
et de profonde reconnaissance.*

La Cellulite en Oto-Rhino-Laryngologie

(Les Cellulites cervico-faciales)

Introduction.

Nous n'avons pas l'intention de refaire dans cette thèse l'histoire de la cellulite en général ; mais seulement celle de ses relations avec l'oto-rhino-laryngologie, des troubles qu'elle occasionne dans ce domaine, des erreurs qu'elle y peut faire commettre et de l'appoint que cette étude apporte, dans une certaine mesure, à la pathogénie complexe et encore obscure de cette affection.

Notre étude portera donc avant tout sur des faits se passant au niveau de la tête et du cou : cellulites cervico-faciales.

Connue d'abord des masseurs suédois, il y a une centaine d'années et désignée par eux sous le nom de myo-cellulite ou myite, la cellulite fut étudiée au XIX^e siècle par William Balfour 1816, Scudamore 1827, Frorieps 1843, Stockman 1904, Norström masseur suédois qui guérit des céphalées rebelles par massage des muscles cervico-dorsaux.

Mais c'est seulement vers 1920 qu'elle prend droit de cité dans la science après le rapport à la Société de

Médecine de Paris de « Alquier, Forestier, Hartenberg et Kouindjy (1923) » et les travaux successifs de Stopfer, Wetterwald, Durey, Léopold Lévi, Mlle Mad. Hirsch, J. Sédillot, Guy Laroche et Mlle Mœurs, Paviot et ses élèves de l'Ecole Lyonnaise.

On peut dire que c'est depuis une dizaine d'années seulement que la notion de la cellulite est devenue courante.

Bien qu'elle soit une cause fréquente de maux de tête pour lesquels ils sont si souvent appelés à donner leur avis, les oto-rhino-laryngologistes (à l'exception de Sargnon, qui en parle incidemment à l'occasion d'un article du *Journal de médecine de Lyon* du 5 novembre 1930, sur les céphalées d'origine nasale) semblent avoir été peu familiarisés avec elle jusqu'à la communication du Dr H. Caboche au Congrès de la Société Française d'O.-R.-L. de 1931.

Se basant sur 16 cas observés par lui, il montra l'importance de la cellulite dans beaucoup de phénomènes cliniques oto-rhino-laryngologiques, les relations étiologiques et pathogéniques qui, d'autre part, la lient aux infections des cavités naso-facio-craniennes et pharyngo-laryngées et c'est sous son inspiration que nous avons entrepris cette thèse inaugurale.

Symptomatologie.

Il est difficile de définir la cellulite en raison de l'obscurité qui règne encore (malgré les beaux travaux parus sur le sujet) sur sa pathogénie et son anatomie pathologique.

Dissipons dès le début un malentendu qui pourrait naître de son appellation en spécifiant bien qu'il ne s'agit nullement de l'inflammation ou de l'infection des différentes cavités anatomiques que le spécialiste O.-R.-L. a la charge de soigner (cellules mastoïdiennes, ethmoïdales, etc.), pas davantage de certains phénomènes infectieux et plus ou moins phlegmoneux dont le tissu cellulaire peut être le siège (cellulite pelvienne ; cellulite orbitaire, cellulite périodentaire par exemple).

La cellulite, disons-le dès le début de cette thèse, ne comporte ni fièvre, ni phénomènes infectieux, ni œdème local : c'est une affection spéciale du tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel, caractérisée par une infiltration plus ou moins diffuse ou nodulaire du tissu cellulaire sous-cutané, associée ou non à une infiltration du tissu cellulaire interstitiel (péri et intra-musculaire, péri-tendineux, péri et intra-nerveux, etc.),

s'accompagnant de douleurs parfois fort vives et de réflexes neuro-végétatifs à distance.

Cette définition purement clinique est la seule possible dans l'état actuel de nos connaissances, mais l'étude ultérieure que nous ferons de la pathogénie et de l'anatomie pathologique complétera utilement cette définition.

Infiltration, douleur, réflexes à distance, tels sont les trois symptômes cardinaux de la cellulite que nous allons maintenant exposer.

A. — **L'infiltration.**

I. SIÈGE. — Nous avons en vue dans cette étude la cellulite des régions cervico-faciales.

Mais il est nécessaire de faire remarquer qu'elle peut siéger en de multiples régions du corps avec les points particuliers de la localisation où il faut savoir la rechercher : les fosses sus et sous-épineuses, la pointe du V deltoïdien, l'interstice delto-pectoral, la gouttière de torsion, la région épicondylieune, pour le membre supérieur, la zone sous-mammaire, le bord chondro-sternal de la cage thoracique, le bord externe des muscles grands droits, les muscles des gouttières vertébrales, le bord interne de l'omoplate pour le tronc ; la crête iliaque, la région sacro-iliaque, la face postérieure de la cuisse, le tenseur du fascia-lata, le creux poplété et la région du tendon d'Achille pour le membre inférieur.

Au niveau de la tête et du cou, les points les plus fréquemment atteints sont : le front (obs. XVII), la pommette (obs. XII, XIII, XV, XVI), la joue (obs. II), la région prétragienne (obs. VII, IX), à la région mastoïdienne et pérिमastoïdienne, notamment au voisinage de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien (obs. III, IV, V, VI), à la région temporale (obs. I),



Fig. 1.

Topographie des infiltrats cellulitiques cervico-faciaux.
Schéma imité de Sargnon : les céphalées d'origine nasale,
Journal de Médecine de Lyon, 5 nov. 1930.

à la région frontale (obs. XI et XV), au niveau du scapulaire, à la nuque, au voisinage de l'insertion du trapèze. On la trouve également au cuir chevelu.

La figure ci-jointe imitée de Sargnon (les céphalées d'origine nasale, *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1930), fixe assez bien dans l'esprit ces diverses localisations.

Il est rare que la localisation soit strictement limitée à l'un ou l'autre des points indiqués sur le schéma. Le plus souvent au contraire, il y a coexistence d'infiltrations dans les régions plus ou moins éloignées de la face. La malade de l'observation I vient pour les douleurs de tête et un gonflement temporal très manifeste à la vue, mais on découvre en même temps une grosse infiltration du trapèze et un gros noyau cellitique dans la fosse sus-épineuse; il en est de même dans l'observation IX; la malade de l'observation X présente une infiltration nodulaire de la région sterno-mastoïdienne haute, mais aussi un volumineux placard interscapulo-vertébral droit; chez la malade de l'observation XVII la cellulite est pour ainsi dire généralisée.

L'infiltration cellitique existe-t-elle au niveau des muscles ou des interstices musculaires des organes profonds du cou, *au niveau du pharynx et du larynx* notamment ?

Il nous est impossible de répondre à cette question.

D'une part, il serait bien difficile sinon impossible de porter un diagnostic de cellulite laryngée sur la seule image laryngée. D'autre part, notre attention n'a pas été attirée par des signes particuliers du côté de ces organes.

II. — ASPECTS OBJECTIFS. — L'infiltration cellitique se présente sous forme de nodules, traînées, placards ou d'épaississement diffus de consistance élas-

tique, dure, parfois crétaée. Les infiltrats sont sous-cutanés, péri-tendineux, péri-aponévrotiques, péri-articulaires, péri-nerveux. Ils peuvent siéger aussi dans les muscles, dans leurs aponévroses, leurs cloisons, leurs extrémités juxta-tendineuses.

La cellulite se révèle quelquefois à la vue par un gonflement de la région atteinte : il en est ainsi pour la malade de l'observation 1 et pour certaines infiltrations de la pommette (obs. XII, XIII, XV, XVI).

Mais le plus souvent elle demande à être recherchée.

Deux manœuvres sont à employer dans ce but : le plissement de la peau et la palpation.

Le plissement de la peau renseigne sur l'état du tissu cellulaire sous-cutané. On saisit la peau et le tissu sous-cutané entre le pouce opposé à l'index et au médius de chaque main et on fait rouler entre les doigts des mains accolées, le pli ainsi formé. Cette manœuvre permet de déceler les traînées ou les nodosités ou simplement une différence d'épaisseur par comparaison avec le côté symétrique. Toutefois il est souvent difficile de plisser la peau qui semble être collée aux plans profonds, notamment à la voûte crânienne, au front. Ce plissement réveille toujours une douleur, parfois avec irradiation à distance.

La palpation est utilisée pour l'exploration des plans profonds.

Elle se fait à plat avec la pulpe des doigts qui s'efforcent de pénétrer dans les diverses masses mus-

culaires par des pressions progressives combinées à des mouvements de translation des doigts.

Quand il s'agit de palper la nuque, il est préférable, suivant la technique de H. Forestier, de fléchir légèrement la tête du malade et la reposer sur la poitrine du médecin. Le médecin, face au malade, avec les pulpes des doigts placés symétriquement, explore d'abord le tissu épicanien, puis descend le long de la ligne épineuse sur les gouttières vertébrales. Grâce au relâchement musculaire ainsi obtenu, il sent au lieu des tissus souples et indolores, les gouttières empâtées ou des petits nodules mobiles qu'il ne faut pas confondre avec les ganglions. Il peut sentir également la contracture des muscles sous-jacents et peut provoquer en même temps une douleur avec irradiations multiples. Rappelons qu'il n'y a jamais de godets à la pression du doigt, il y a infiltration, mais pas d'œdème.

En résumé : infiltration diffuse, placards plus ou moins étendus, infiltrats d'un volume variable (d'un noyau à un petit grain) tels sont les aspects sous lesquels se relève objectivement la cellulite.

Ajoutons que Mlle Madeleine Hirsch a décrit sous le nom « forme fluxionnaire congestive » une variété qui se différencie de la forme habituelle par un début plus brusque, un certain état rosé de la peau qui participe elle-même, quoique très légèrement à l'infiltration. Nous avons observé cette forme à la pommette (obs. XIII, XV, XVI).

B. — La douleur.

Elle est souvent unilatérale comme la cellulite elle-même, mais elle peut irradier du côté opposé ou être bilatérale comme l'infiltrat lui-même. Elle est variable dans sa forme, son intensité. A un stade modéré c'est une sensation de lourdeur, d'un mal de tête banal, vague, diffus, sans précision nette. Ces douleurs augmentent, cessent, réapparaissent sans horaire fixe, sans périodicité. Ou c'est alors un mal de tête matutinal qui s'atténue dans la journée.

La céphalalgie a sa localisation maximum au siège de l'infiltration (joue, front, nuque, etc,) mais irradie toujours loin de ce territoire (orbite, temple, pariétal, nuque, cuir chevelu).

M. Hartenberg décrit trois foyers d'irradiation : nuque (occiput, vertex, dos), temporal (front, globes oculaires), partie antéro-latérale du cou (mastoïde, base et l'intérieur du crâne).

A un stade plus avancé, sur le fond douloureux, se greffent des crises violentes, paroxystiques, se produisant plusieurs fois dans la journée et dans la nuit, ces crises s'accompagnent alors d'insomnie, de vertige, de perte de mémoire, de dépression intense et suivant l'expression de beaucoup de nos malades « d'abrutissement ». Cet état s'accompagne de sensation de brûlure sur le crâne, de sensation de ruissellement d'eau chaude, ou inversement, d'eau gla-

cée en même temps que la face se couvre de rougeurs vaso-motrices, ou devient d'une pâleur exagérée. Ces phénomènes vaso-moteurs s'étendent fréquemment au cou, au thorax, témoignant du vaste déséquilibre du sympathique. Il existe parfois une véritable hyperesthésie des téguments du crâne, du cou, des épaules rendant presque insupportable le frôlement du doigt et presque impossible le port du chapeau ou du manteau.

La fatigue, le changement de température, un courant d'air, l'humidité, les émotions réveillent ou augmentent les douleurs.

Deux caractères sont en terminant à signaler.

La pression du doigt qui palpe éveille de la douleur non seulement au point touché mais aussi dans les territoires d'irradiation que nous venons de signaler.

La douleur, d'autre part, ne siège pas en général sur le trajet de troncs nerveux, mais sur les terminaisons nerveuses sensibles et sympathiques.

Sans doute la cellulite peut siéger sur les points d'émergence des différents troncs nerveux (nerfs occipitaux, nerfs sus et sous-orbitaires) et donner de la douleur à la pression en ces points limités, mais le plus souvent la douleur répond à des zones plus étendues, elle est beaucoup plus *régionale*, que *trunculaire*.

C. — Les réflexes neuro-végétatifs.

La cellulite peut donner naissance à des réflexes neuro-végétatifs en des endroits et sur des organes très éloignés de son propre territoire.

Alquier dans ses différentes publications insiste sur ces réflexes.

Par la pression sur la face antérieure des apophyses cervicales transverses, il provoqua la vasodilatation non seulement facio-cervicale, mais thoraco-abdominale avec signes de congestion pulmonaire et hépato-splénique. Au contraire, par le pincement doux de la peau qui recouvre le tendon sternal du sterno-mastoïdien et l'extrémité interne de la clavicule, il provoque la vaso-constriction avec disparition de la congestion de ces organes.

Le professeur Laignel-Lavastine explique ces réflexes par les anastomoses du sympathique avec le pneumogastrique et les racines cervicales. « Le sympathique cervical excité peut diffuser sur le vague et le plexus cervical superficiel, déterminer un syndrome vago-tonique et des névralgies cervicales ».

Nous ne nous occuperons que des réflexes se produisant dans le domaine de la face ou des organes de la spécialité : O.-R.-L.

1^o TROUBLES VASO-MOTEURS. — Ils se manifestent dans les deux sens différents : soit dans le sens de la

vaso-dilatation, soit, au contraire, de la vaso-constriction.

Dans le sens de la vaso-dilatation, il s'agit des troubles congestifs plus ou moins intenses de la face, pouvant s'étendre au cou, au thorax, au dos. Ces troubles s'accompagnent parfois de la *dilatation pupillaire* sous le syndrome de paralysie du sympathique cervical. Ces troubles étaient très marqués dans l'observation XII.

Dans le sens de la vaso-constriction : Au moment de la crise le côté de la face atteint devient pâle, la fente palpébrale se rétrécit, la pupille se contracte, c'est une ébauche transitoire de syndrome de *Claude Bernard-Horner* par l'excitation du sympathique (obs. XVII, etc.).

2^o RÉFLEXES SUR L'APPAREIL VESTIBULAIRE. — L'état nauséux, les vertiges sont fréquents (le vertige peut être discret, se caractérisant par une vague désorientation, une sensation du vide intracranien).

D'autres fois, il se manifeste par de l'hyperperception d'espace (agoraphobie), ou, au contraire, par de l'hypoperception d'espace : une des malades du D^r Caboché avait dans ses crises douloureuses la sensation de devenir lilliputienne.

D'autres fois encore, le vertige s'accompagne d'une forte déséquilibration avec tendance à la chute.

La malade de l'observation IX, ayant subi un évidemment pétro-mastoïdien pour otorrhée chronique présenta, vingt ans après, des céphalées du même

côté accompagnées de vertiges. Par suite de la perméabilité de la trompe d'Eustache, dont nous n'avions pu obtenir l'occlusion du côté de la cavité opératoire, l'oreille n'avait pas cessé de présenter un suintement muco-purulent. Nous ne pouvions croire, en raison du long temps écoulé entre l'évidement et l'apparition des vertiges, à une complication labyrinthique que rien n'autorisait à admettre par ailleurs. La découverte d'une infiltration cellulitique cervico-faciale nous donna l'explication des symptômes observés : chaque séance de massage, en effet, provoquait des vertiges suffisamment intenses pour obliger la malade à se tenir aux bras du fauteuil d'examen, et provoquer une véritable titubation, au moment de regagner la chaise de repos. (obs. X).

3^o RÉFLEXES SUR L'APPAREIL COCHLÉAIRE. — Léopold Lévi a signalé à la séance du 28 février 1931 de la Société de Médecine, la disparition de bourdonnements d'oreilles par le traitement de la cellulite cervicale (il signale également quelques cas de vertiges améliorés par le traitement).

Nous avons une observation de crises de bourdonnements s'exagérant à chaque poussée aiguë cellulitique et s'atténuant avec l'accalmie thérapeutique ou spontanée (obs. VII).

Le Dr Caboche a observé avec le Dr Alquier un malade otorrhéique chez qui l'amélioration de l'état cellulitique amenait une amélioration manifeste et parallèle de l'audition (obs. VIII).

Nous pensons que ces phénomènes vertigineux et auditifs sont dus à des modifications vaso-motrices de la circulation labyrinthique provoquées par la cellulite, soit par réflexe, soit par irritation directe des terminaisons sympathiques.

Marche. Évolution.

Il est le plus souvent difficile, sinon impossible, de saisir le mode de début de la cellulite. Nous ne voyons en général les malades que longtemps (parfois plusieurs années) après les premières atteintes douloureuses.

Certains faits nous donnent à penser que le début peut être très rapide. Mais une longue expérience nous serait nécessaire pour nous permettre de fixer ce point.

En tous cas, une fois installée, la cellulite a une allure chronique, mais elle procède par poussées plus ou moins espacées ou rapprochées, dans l'intervalle desquelles la malade peut mener une vie normale, tout en restant une « douloureuse ». Chacune des poussées peut durer plusieurs semaines et se répéter plusieurs fois par an.

Diagnostic.

Le diagnostic repose tout entier sur la constatation objective de l'infiltration spéciale du tissu cellulaire sous-cutané.

Il n'est donc pas utile de passer en revue les différentes manifestations douloureuses de la face et du cou de causes générales ou locales (prosopalgie, migraine, etc.), pour les comparer avec celles de la cellulite : celle-ci existe ou n'existe pas, ce qui pose ou infirme le diagnostic.

Cependant la recherche de l'infiltration elle-même nécessite une certaine éducation des doigts.

Dans ses formes discrètes, lorsqu'elle se réduit à des nodules minimes et isolés de la région sterno-mastoïdienne, il n'est pas toujours facile de la distinguer de minuscules ganglions de la région ou des petits peltons adipeux bien limités, si d'autres manifestations plus nettes n'existent pas dans le voisinage ou dans des régions plus éloignées.

Rappelons que l'infiltration cellulitique ne comporte pas d'œdème et par conséquent pas de godet à la pression du doigt.

Il est plus intéressant de passer en revue des erreurs

auxquelles peut donner naissance l'association clinique « douleur et infiltration cellulitique » au niveau de la face et du cou.

C'est ainsi qu'il ne faut pas confondre la cellulite de la nuque avec l'*arthrite cervicale*. Ces deux affections engendrent une céphalée occipito-nucale avec irradiation vers le vertex, la base du crâne, les épaules. Si on ajoute l'enraidissement de la nuque avec la gêne douloureuse des mouvements de la tête, l'erreur devient assez facile. Une de nos malades se plaignait de ne pouvoir trouver position convenable de la tête dans son lit, deux autres avaient du torticolis, et la cellulite à forme de torticolis n'est pas rare. On met l'arthrite hors de cause par l'exploration méthodique des mouvements qui sont libres, et l'examen radiologique.

Dans certains cas, à l'arthrite cervicale s'ajoutent de la céphalée occipitale, des nausées, des vertiges, ensemble symptomatique qui constitue le syndrome de Barré.

La distinction ne sera peut-être pas toujours facile avec une cellulite cervicale profonde postérieure s'accompagnant des vertiges réflexes dont nous avons parlé dans un des précédents chapitres.

Nous allons maintenant décrire en particulier les erreurs que cette association « douleur et infiltration » peut faire naître dans le domaine O.-R.-L.

Les erreurs causées par la cellulite en oto-rhino-laryngologie.

LES FAUSSES SINUSITES. LES FAUSSES OTITES.

LES FAUSSES MASTOÏDITES.

Les fausses sinusites.

Le gonflement cellulitique de la pommette avec ses douleurs peut donner le change pour une *sinusite maxillaire*.

Les malades viennent à l'examen du rhinologiste envoyés par leur médecin : les douleurs, le gonflement de la joue qu'il a remarqué et que l'entourage de la malade a également observé lui ont fait penser à une sinusite maxillaire. Et, en effet, si la rhinoscopie antérieure ne révèle pas de pus au niveau de meats, la transillumination dénote souvent un « flou » du sinus. C'est l'aspect des sinus qui ne sont ni opaques, ni complètement clairs, dont la paupière inférieure s'éclaire encore, mais sous forme de luminosité plutôt que de clarté véritable.

Il y a là un ensemble clinique : douleur, gonflement de la joue, obscurité relative du sinus, faisant

penser tout naturellement à la sinusite maxillaire. Pourtant le lavage, après ponction, ne ramène pas de pus, parfois un peu de mucus, souvent le liquide ressort absolument clair.

Douleur et gonflement sont le fait de la cellulite.

En est-il de même de l'obscurité relative du sinus ?

Nous verrons au chapitre de la pathogénie que cet aspect relève d'un léger catarrhe du sinus.

Pourtant quelques faits nous donnent à penser que dans certains cas tout au moins il pourrait être lié à des phénomènes de congestion vaso-motrice de la cavité sous la dépendance de la cellulite.

Ce sont les cas où il nous a été donné d'observer le sinus alternativement flou et clair (obs. XVII).

Voici pour fixer l'aspect clinique quelques observations de cellulite de la pommette à forme de sinusite maxillaire.

OBSERVATION XIII. — D^r Caboche (très résumée).

Rhino-pharyngite à répétition. Aspect « flou » du sinus maxillaire droit à la transillumination. — Céphalée de la pommette, de la joue, du trapèze.

Simone G..., présente depuis l'âge de 7 ans, époque où je la vis pour la première fois, un long passé rhino-pharyngé, toux pharyngée et rhino-pharyngites à répétitions ayant cédé à l'ablation de végétations adénoïdes en 1921.

Le 20 mars 1927, à la suite de grippe, douleurs quali-

fiées « névralgiques » de l'hémiface droit. Il me semble constater une saillie un peu plus grande de la pommette droite par rapport à la gauche, mais sans en trouver l'explication. Pas de pus dans les méats. Le sinus maxillaire droit et le frontal gauche s'éclairent moins bien que normalement, mais ils ne sont pas opaques (simple « flou », rhino-pharyngite subaiguë).

Quelques pulvérisations cocaïnées font disparaître ces douleurs.

Après une reprise douloureuse momentanée en mars 1928, je revois la malade le 13 janvier 1931 pour une nouvelle poussée de rhino-pharyngite.

De nouveau, vives douleurs péri-orbitaires droites, de la racine du nez, de la pommette droite, irradiant à la nuque et à l'épaule droite.

La patiente et son médecin craignent une sinusite. Nous même nous demandons si cette crainte n'est pas justifiée.

Manifestement, en effet, la pommette droite est plus saillante que la gauche, pas de modification de couleur des téguments, mais la pression entre les doigts révèle un épaississement des tissus sous-cutanés sans œdème ; elle est un peu douloureuse et réveille de la douleur à distance vers la racine du nez ; cellulite de la pommette.

La poursuite d'examen révèle un assez gros placard de cellulite de la moitié supérieure de la région sterno-mastoïdienne avec trois petits nodules douloureux en avant du bord antérieur du muscle.

La malade a remarqué qu'au moment des poussées douloureuses sa joue droite augmente légèrement de volume et prend parfois une teinte légèrement rosée.

A la nuque, à la partie supérieure des trapèzes : placard d'infiltration. Le trapèze droit, entre la nuque et l'épaule, semble un peu contracturé.

Douze séances de massage et d'effluation atténuent considérablement douleurs et infiltrats.

Rechute le 19 mars 1931, suivie du même traitement et de la même amélioration.

OBSERVATION XV. — Dr Caboche (résumée).

Cellulite congestive de la pommelte gauche.

Insuffisance nasale et congestion des sinus.

Mme V. de M..., 38 ans, se présente à la clinique le 1^{er} décembre 1929 pour coryza spasmodique apériodique remontant à deux années et se compliquant d'anosmie et d'agueusie. Déviation de la cloison obstruant totalement la fosse nasale droite. Légère hypertension artérielle, pas d'albumine dans les urines, catharre de toute la muqueuse nasale. Les sinus frontaux sont très légèrement flous, le sinus maxillaire gauche clair, le droit très légèrement flou à la transillumination bien que la paupière éversée soit transparente. La résection sous-muqueuse de la cloison pratiquée le 7 juillet 1930 amène progressivement la cessation de tous les accidents. Le 16 juillet, éternuements et anosmie avaient disparu. Les sinus frontaux étaient clairs. Seul le sinus maxillaire (gauche cette fois) était peut-être légèrement flou à la transillumination, la paupière inférieure éversée s'éclairant normalement.

Le 18 janvier 1932, la malade revient nous voir pour

des douleurs péri-orbitaires et de la joue gauche apparues depuis six mois. La respiration nasale est parfaite.

Tous les sinus sont clairs.

Cependant il existe un certain gonflement de la pommette gauche. Le malade et son entourage ont remarqué qu'au moment des crises douloureuses ce gonflement apparaît. Pas d'œdème, pas de godet à la pression, mais épaissement au pincement entre le pouce et l'index, épaissement portant sur la couche sous-cutanée et très nettement perceptible par comparaison avec le pincement de la région symétrique. Ces manœuvres éveillent une sensibilité assez vive du côté gauche. Il s'agit nettement de cellulite congestive de la joue.

Massages et effluviations qui amènent un soulagement appréciable dès la troisième séance. Après six séances toute douleur a disparu ; les tissus de la pommette sont redevenus très souples.

Nous avons observé des localisations au niveau des régions frontales, ayant donné à penser à la possibilité de *sinusite frontale* (obs. XI et XVII).

Dans un certain nombre de cas également nous avons vu des douleurs localisées au vertex et à la nuque éveiller l'idée de *sinusite sphénoïdale*. L'impression est d'autant plus marquée lorsqu'avec l'élément douleur coexiste une pharyngite muco-purulente du cavum. La constatation de l'infiltration cellitique des muscles et du tissu cellulaire de la nuque, c'est-à-dire gouttière vertébrale, remet le diagnostic dans la bonne voie. Mais il faut évidemment un examen

minutieux rhinologique et radiographique du sinus sphénoïdal pour ne pas passer à côté d'une coïncidence cellulite et sinusite sphénoïdale toujours cliniquement possible.

Les fausses otites.

Dans un certain nombre des cas la douleur cellulaire se limite à l'oreille. La douleur parfois est extrêmement violente. On comprend qu'en pareil cas, malade et médecin pensent à l'otite surtout si un coryza ou une grippe nasale a déclenché la poussée. Sous le nom de névralgie des deux premières paires cervicales, le Dr Caboche en décembre 1925 publia à la Société Parisienne de Laryngologie, à une époque où son attention n'était pas attirée sur la cellulite, 7 cas de ces fausses otites.

La lecture de ces observations nous donne à penser que quelques-unes d'entre elles, tout au moins, révèlent de la cellulite (l'observation VI se rapproche de ces cas).

Les fausses mastoïdites.

Lorsque le gonflement cellulitique siège à la partie haute de la région sterno-mastoïdienne et succède à une otite moyenne aiguë, il peut en imposer pour une mastoïdite.

Il en fut ainsi dans les deux cas rapportés par le Dr Caboche.

Dans l'un (obs. IV), il s'agissait d'un garçon de 17 ans. Examiné le 3 novembre 1929.

Douleur mastoïdienne gauche, apparue cinq semaines, après une otite moyenne aiguë ouverte spontanément et guérie en huit jours. La région mastoïdienne est très sensible à la palpation, le pavillon lui-même est très sensible et sensible également à l'introduction du spéculum. Nous sommes frappés de cette sensibilité; l'enfant en effet n'est pas douillet: nous le suivons depuis deux ans pour une longue histoire d'otites, de sinusites maxillaires, ayant nécessité la résection de la tête du cornet inférieur, la ponction et plusieurs lavages de la cavité, toutes manœuvres qu'il a supportées très facilement.

Or, le simple effleurement du pavillon provoquait immédiatement une vive sensibilité. Tympan refermé et d'apparence normale. Nous nous demandions si l'écoulement n'était pas parti trop rapidement et si quelque suppuration ou fongosité mastoïdienne n'était pas la cause des douleurs. La pression de la mastoïde est douloureuse, mais nous sommes frappée de ce fait que la pression forte l'est relativement moins que la pression superficielle. Un examen plus approfondi nous montre que les téguments, sans changement de coloration, sans œdème, sont infiltrés dans leur partie profonde, tant au niveau de l'apophyse mastoïde que de l'extrémité supérieure du sterno-cléido-mastoïdien et de la région parotidienne. Le pincement en est douloureux. Il s'agissait de la cellulite de la région sterno-mastoïdienne; deux ans avant, alors que notre

attention n'avait pas été attirée sur cette question, nous aurions été très embarrassé pour formuler un diagnostic.

Il en est de même dans l'observation III.

L'observation V relate un fait analogue (voir liste des observations à la fin du travail).

Étiologie. Pathogénie. Anatomie pathologique.

ROLE DES INFECTIONS DU NEZ, DU PHARYNX ET DES CAVITÉS DE LA FACE DANS LA PRODUCTION DE LA CELLULITE.

Ce chapitre est nécessaire pour comprendre le traitement de la cellulite.

Nous n'avons pas à refaire l'histoire de la pathogénie de la cellulite en général, mais seulement à exposer le rôle que jouent les infections oto-rhino-laryngologiques dans cette pathogénie.

Il nous paraît nécessaire, toutefois, pour la clarté de l'exposition, de rapporter sommairement les différentes explications qui en ont été données.

Ces explications sont au nombre de quatre principales :

Théorie de la névrite sympathique.

Théorie de la stase lymphatique.

Théorie endocrinienne.

Théorie de l'auto-intoxication.

A. — Théorie de la névrite sympathique

(J. SEDILLOT).

La plupart des auteurs admettent que le fait principal dans la cellulite est « l'infiltrat ». Secondairement, par compression et enserrement des terminaisons nerveuses périphériques sensitives et sympathiques il provoquerait les douleurs et les réflexes neuro-végétatifs.

Pour J. Sedillot, au contraire, les douleurs sont liées à une névrite du sympathique, l'infiltrat serait un trouble trophique consécutif à cette névrite.

Outre que l'on n'est pas fixé sur la fonction de sensibilité générale des filets sympathiques, cette théorie ne rend pas compte de certains faits où la cellulite prend l'allure clinique d'un « choc » colloïdoclasique ou d'une crise anaphylactique (obs. XVII).

B. — Théorie de la stase lymphatique (ALQUIER).

L'infiltration cellulitique serait un engorgement lymphatique consécutif à de petites infections des régions ou organes desservis par ces vaisseaux.

A la région cervicale ce sont des infections des cavités de la face (otites, sinusites, etc...), qui seraient le point de départ de cet engorgement avec stase.

Les affections thoraco-abdominales pourraient de même amener un engorgement des confluent lymphatiques.

phatico-sanguins du cou, d'où « stase lymphatique du drainage cervico-céphalique ».

Secondairement, il se produit une contraction des tissus qui, comprimant les troncs lymphatiques, les diviserait en minuscules segments qui ne seraient pas autre chose que les grains de cellulite, lesquels pourraient n'être aussi que de minuscules ganglions lymphatiques ayant réagi à l'infection causale.

« La cellulite serait donc un syndrome fonctionnel constitué par deux réactions biologiques : l'engorgement du drainage lymphatique et la rétraction des tissus... Elle devient douloureuse si la discordance entre ces deux éléments constitutifs détermine une irritation locale suffisante. » (La céphalée cellulitique, *Congress médical*, 28 novembre 1926).

Alquier le premier a donc mis en relief le rôle des infections naso-pharyngiennes dans la pathogénie de la cellulite. Pas plus que la précédente, sa théorie n'explique l'allure de « choc » ou anaphylactique de certaines poussées cellulitiques.

C. — **Théorie endocrinienne** (LÉOPOLD LÉVI)

L'hypothyroïdisme et l'hypopituitarisme seraient à l'origine de la cellulite, mais aussi l'instabilité thyroïdienne : la douleur apparaîtrait à l'occasion des poussées d'hyperthyroïdie amenant un état congestif au niveau de l'infiltrat.

L'hyperthyroïdie étant souvent fonction d'insuffi-

sance ovarienne, on s'explique la fréquence de la cellulite à la ménopause (D^r Madeleine Hirsch).

**D. — Théorie de l'auto-intoxication
et du déséquilibre humoral (WETTERWALD,
PAVIOT, LAGÈZE, GUY LAROCHE, etc...)**

Cette explication avec des variantes individuelles (et dans laquelle peut rentrer dans une certaine mesure la précédente) est celle de la plupart des auteurs.

Une altération humorale liée à l'arthritisme pour les uns (Wetterwald, Léopold Lévi), à la goutte pour certains (Guy Laroche), à l'insuffisance hépatique, pour d'autres (Paviot et Lagèze), serait à l'origine de l'infiltrat cellulaire.

Par suite de cette altération, le milieu intérieur, constitué par les espaces conjonctifs, deviendrait le siège de dépôts de déchets, d'où des stases, des points d'engorgement, et si les filets nerveux sont intéressés ou comprimés, des douleurs.

Paviot qui s'est fait le principal défenseur de cette théorie (Paviot et Lagèze : Considérations sur les cellulalgies nodulaires et infiltrées, *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1920), attribue à l'insuffisance protéopexique du foie quelle qu'en soit la cause (intoxication par l'alcool, le vin, intoxication lente par le gaz d'éclairage, hépatisme héréditaire, etc...), le rôle prépondérant dans cette altération humorale.

**E. — Rôle des infections rhino-pharyngées
et des cavités de la face.**

Nos observations apportent la nette constatation de la coexistence singulièrement fréquente de la cellulite (du moins de la cellulite cervico-faciale que nous avons surtout observée) et des infections du compartiment oto-rhino laryngologique, fait qui a été déjà remarquablement observé par Alquier comme nous l'avons déjà indiqué.

Si certains de nos malades (en très petit nombre), ne présentaient rien de particulier à l'examen oto-rhino-laryngologique, mais rattachaient leur troubles à un accident aigu antérieur (sinusite, coryza, otite), si nous avons pu nous-même constater parfois une manifestation cellulitique d'apparence première après une infection aiguë (coryza, grippe...), la plupart de nos observations ont trait à des infections chroniques (rhino-pharyngite muco-purulentes, catarrhe nasal, amygdalite à répétition, amygdalite lacunaire chronique, otorrhée, poussées adénoïdienne répétées, etc...). Chez certains de ces malades les infections successives des différents compartiments O.-R.-L. ont pu être suivies depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Beaucoup de nos malades présentaient donc un long passé pathologique rhino-sinuso-pharyngo-amygdalien.

Ce sont, en effet, les infections minimales, mais lentes et prolongées qui semblent associées à la cel-

lulite cervico-faciale, beaucoup plus souvent que les infections franchement aiguës ou purulentes.

Nous n'avons pas observé l'association clinique « cellulite cervicale et sinusite purulente ».

En revanche, l'association est fréquente de la cellulite avec l'aspect particulier que nous avons décrit précédemment, à savoir le « flou » du sinus. Si on pratique le lavage d'un pareil sinus, le plus souvent le liquide ressort clair (mais on sait, depuis les recherches de Watson Williams que liquide clair ne veut pas dire liquide aseptique).

Il est à remarquer que ce flou du sinus coïncide quelquefois avec de la cellulite de la joue et nous nous sommes demandés si cette modification de transillumination n'était pas due à l'absorption des rayons lumineux par la cellulite elle-même.

Nous avons dû abandonner cette hypothèse en raison de la grande fréquence de cet aspect du sinus en dehors de toute manifestation cellulitique de la joue.

Il s'agit donc simplement d'un état catarrhal du sinus, c'est-à-dire d'une infection atténuée qui n'est que le prolongement dans la cavité sinusale de la même infection des fosses nasales ou du cavum.

En résumé, la fréquence de l'association de la cellulite cervicale avec les infections atténuées des fosses nasales, du pharynx, et des cavités de la face, constitue à notre avis plus qu'une coïncidence. Ces affections doivent jouer un rôle dans l'apparition de la cellulite.

Par quel mécanisme ?

Remarquons d'abord que la cellulite présente parfois l'allure clinique d'une crise anaphylactique. Chez la malade de l'observation XVII, les crises étaient provoquées ou par le froid (dont on connaît l'action colloïdoclasique) ou par l'ingestion d'aliments particuliers (abats, gibier, poissons, et graisses).

Or, les infections d'origine nasale et pharyngées donnent lieu, elles aussi, à des manifestations anaphylactiques.

Nous avons observé avec le Dr Caboché plusieurs malades qui, après chaque coryza banal, faisaient une poussée d'urticaire.

D'autre par le pouvoir anaphylactisant des infections chroniques est reconnu par les biologistes.

Il nous paraît donc vraisemblable de penser que les infections atténuées du nez et de ses cavités annexielles, du pharynx, etc..., créent une sensibilisation des sujets qui en sont porteurs, soit par résorption sur place d'albumine, hétérogènes d'origine microbienne, soit en créant un état d'insuffisance hépatique avec son corollaire de résorption d'albumines insuffisamment dégradées, de modification des humeurs dans le sens de leur instabilité, avec accumulation de déchets dans les espaces conjonctifs interstitiels.

Les constatations anatomo-pathologiques de Paviot et Lagèze semblent bien confirmer ce rôle de la sensibilisation anaphylactique dans la pathogénie de la cellulite.

Ces auteurs ont pu pratiquer une dizaine de biop-

sies de nodules celluliques douloureux et reconnaître ainsi différents stades de leur évolution.

Le premier stade serait une vaso-dilatation simple des petits vaisseaux autour des cellules adipeuses dans les tissus conjonctifs, suivie bientôt d'un second stade d'exsudat plasmatique non inflammatoire et d'un troisième d'organisation fibreuse non inflammatoire également.

Or, la vaso-dilatation initiale serait pour ces auteurs une véritable manifestation anaphylactique ou anaphylactoïde analogue d'une urticaire ou d'un œdème de Quincke.

C'est donc, en définitive, par le mécanisme du déséquilibre humoral et de l'instabilité colloïdale que les infections oto-rhino-laryngologiques aboutissent à la cellulite, probablement, nous semble-t-il, avec la collaboration des différentes étiologies que nous venons de passer en revue.

Traitement.

Le traitement s'adressera :

A l'infiltrat ;

Aux infections naso-pharyngées ;

A l'état général.

A. — Traitement de l'infiltrat.

Il constitue la partie la plus importante ; il faut, en effet, obtenir la résorption de l'infiltrat, cause de la douleur : le massage combiné ou non avec différentes autres manœuvres que nous indiquerons, répond à cette indication.

I. — LE MASSAGE.

Utilisé avec des variantes par tous les auteurs qui se sont occupés de la question (Brandt, Stapfer, Alquier, Durey, Wetterweld, etc.), il comprend différentes modalités.

1° *L'effleurage* se fait avec une main aussi souple que possible qui se déplace sur les téguments sans les entraîner ;

2° *L'étirement* : On soulève la peau en un large pli et on pratique des étirements doux vers les extrémités du pli ;

3° *Le pétrissage* ou malaxation de la peau et du tissu sous-cutané se fait avec la pulpe du pouce opposée à la pulpe de l'index et médius réunis, les deux mains travaillant simultanément. C'est aussi la manœuvre employée pour l'exploration des tissus ;

4° *La pression* : On l'emploie quand le pli est difficile à former, comme c'est le cas du cuir chevelu. On exerce avec les bouts des doigts la pression combinée à l'étirement. Alquier, pour qui l'engorgement lymphatique est une cause principale de l'infiltrat, conseille de dégager d'abord les points obstrués de la base du cou, pour gagner peu à peu la région infiltrée.

Le massage doit être très léger en raison de la sensibilité, parfois très vive, de certains sujets : exécuté légèrement, il produit une détente des tissus qui s'assouplissent sous les doigts ; la douleur d'abord vive se calme ; exécuté brusquement, il exagère ou réveille la douleur et provoque la contraction des tissus.

Quant à la direction de traitement, nous donnerons quelques indications générales.

Les séances peuvent être quotidiennes ou tri-hebdomadaires : toujours de courte durée (8-10 minutes) même plus courtes dans certains cas. En général, il faut se guider sur les réactions locale et générale produites par voie réflexe : l'apparition

d'une réaction vaso-motrice, de chaleur, d'agitation commande la suspension de la séance ; la fatigue du sujet ou l'exacerbation des douleurs oblige à raccourcir ou à espacer les séances, à alléger les manœuvres.

Aussi, ce massage, si variable dans son application avec chaque sujet, doit toujours être exécuté par un spécialiste entraîné à ce genre de manipulation.

Il est à peu près impossible de fixer la durée totale du traitement. Parfois, le soulagement est immédiat, parfois aussi, il se produit une recrudescence momentanée des douleurs ; il faut savoir passer outre et persister. En moyenne, 10-12 séances, quelquefois moins, sont nécessaires pour obtenir l'amélioration. Pour certains, l'amélioration ne persistant pas, il est nécessaire de refaire plusieurs séries de traitement.

II. — MANŒUVRES ACCESSOIRES.

1^o *La haute fréquence* employée en même temps que le massage est utilisée sous forme d'effluvation avec les électrodes à vide. Séance de 20-30 minutes.

Nous commençons par le massage et finissons par la haute fréquence. Dans quelques cas, nous avons employé le massage seul, l'amélioration se produisant également ; mais la haute fréquence n'en reste pas moins un adjuvant très efficace.

2^o *La réflexothérapie chiro-électrique.* — Alquier uti-

lise la réflexothérapie. Elle consiste en l'excitation avec les mains, chargées de vibrations électriques, des réflexes neuro-végétatifs qui commandent la vaso-motricité et les alternatives de relâchement et de contraction des tissus ; le tonus tissulaire réglant le drainage lymphatique des tissus, on peut par son entremise régulariser les infiltrats interstitiels et engorgements lymphatiques.

Citons encore :

3° *La crénothérapie* : douche-massage (Forestier).

4° *L'ionisation iodée et salicylée* (Jean Frumusan).

5° *Les rayons ultra-violets*.

B. — Traitement des infections naso-pharyngées.

Il sera évidemment variable avec les lésions constatées : amygdalite chronique, rhino-pharyngite, catarrhe du cavum, des sinus, otorrhée, etc. Ce serait sortir du cadre de ce travail que d'en préciser les modalités.

C. — Traitement de l'état général.

On devra traiter l'insuffisance hépatique quand elle existe ; s'adresser aux médications antianaphylactiques ou anti-choc lorsque la clinique en pose l'indication.

Nous avons été ainsi amenés à utiliser l'autohémothérapie (obs. XVII) la médication peptonique qui, dans l'observation XXI, où la cellulite coïncidait

avec un coryza spasmodique, améliora grandement la malade ; les extraits hépatiques, les extraits spléniques qui, dans l'observation XVII, paraissent avoir donné un résultat excellent. La médication paraît devoir être poursuivie pendant assez longtemps (trois mois dans l'obs. XXI).

Observations

OBSERVATION I. — Dr Caboche (très résumée).

Otite moyenne catarrhale perforative ancienne.

Infiltration cellulitique temporale et cervicale.

Mme H..., 28 ans, femme forte et massive, d'allure lymphatique, vient à la clinique le 14 mars 1934 pour écoulement des oreilles après chaque coryza. Double perforation du tympan. Coryza hypertrophique. Pharyngite du cavum avec sécrétions mucopurulentes.

Revient le 7 octobre. Oreilles sèches avec perforation. Se plaint de douleurs de tête presque continuelles avec crises, séparées par des accalmies relatives. Elles siègent à gauche et irradient au côté correspondant du cou, de l'épaule et de la nuque.

La région temporale gauche forme un bombement très apparent. Le tissu sous-cutané et le muscle temporal lui-même, semble-t-il, sont infiltrés, douloureux à la pression. Tissu cellulaire du bord antérieur du trapèze infiltré et sensible, ainsi que la zone sous-occipitale ; noyau d'infiltrat du volume d'un œuf de pigeon dans la fosse sus-épineuse gauche ; un autre placard d'infiltrat à la pointe de l'omoplate, même côté.

Quinze séances de massage et d'effluation sans grand succès.

OBSERVATION II. — D^r Caboche (très résumée).

Amygdalite cryptique chronique

Cellulite de la joue et de la région cervicale gauche.

Mme Br..., 62 ans. Envoyée par son médecin le 14 janvier 1931, pour des douleurs de tête qui lui font craindre la possibilité d'une sinusite. Tous les sinus sont clairs à la transillumination. Mais on trouve à gauche (côté des douleurs) un placard de cellulite de la joue descendant vers le sterno-mastoidien et vers la zone sous-hyoïdienne. Ces placards sont reconnus seulement à la palpation. Les douleurs remontent à sept ou huit ans, procédant par crises, avec accalmies intermittentes. Elles ont coïncidé avec des douleurs de gorge à gauche, et expulsions de petites boules fétides dont l'origine est amygdalienne (amygdalite cryptique gauche).

Discision amygdalienne, massage et effluation des placards cellulitiques. Le traitement commencé seulement en mai (en raison d'une congestion pulmonaire) amène d'abord un soulagement qui n'est que passager. Neuf séances en juillet sans grand résultat. Nouvelle recrudescence en décembre 1931, avec reprise d'amygdalite cryptique. Reprise du traitement. Malade en cours d'observation. Amélioration certaine.

OBSERVATION III. — Dr Caboche (très résumée)

*Cellulite sterno-mastoïdienne haute
et péri-auriculaire ayant simulé une mastoïdite.*

Mme M..., 44 ans. Examinée le 16 décembre 1930 ; quelque temps après un abcès péri-amygdalien sont apparues de fortes douleurs de l'oreille gauche, irradiant au pariétal, au cou et à l'épaule du même côté.

Cellulite manifeste, un peu à la vue mais surtout à la palpation de la région périauriculaire (partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien) dont l'insertion mastoïdienne contient de petits nodules très douloureux, région sous-tragienne, entre bord antérieur de la mastoïde et bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur.

La malade, au cours de notre examen, nous déclare : « avoir déjà eu cela l'an passé à la suite d'une grippe » et un médecin (d'ailleurs compétent) consulté alors aurait hésité quelques jours avant d'éliminer la mastoïdite.

Tympan normal. Rhino-pharyngite chronique. Les deux sinus maxillaires très flous.

Trois séances seulement de massage et d'effluviation purent être faites avant son retour en Hollande, et semblèrent l'avoir légèrement améliorée.

OBSERVATION IV. — Dr Caboche (très résumée).

*Cellulite mastoïdienne gauche suite d'otite,
simulant une mastoïdite.*

Jacques R..., 17 ans. Examiné le 3 novembre 1929. Douleur mastoïdienne gauche apparue cinq semaines après une otite moyenne aiguë ouverte spontanément et guérie en huit jours. La région mastoïdienne est très sensible à la palpation ; le pavillon lui même est très sensible et sensible également à l'introduction du spéculum. Nous sommes frappés de cette sensibilité : l'enfant, en effet, n'est pas douillet ; nous le suivons depuis deux ans pour une longue histoire d'otites, de sinusites maxillaires, ayant nécessité la résection de la tête du cornet inférieur, la ponction et plusieurs lavages de la cavité, toutes manœuvres qu'il a supportées très facilement. Or, le simple effleurement du pavillon provoquait immédiatement une vive sensibilité. Tympan refermé et d'apparence normale. Nous nous demandions si l'écoulement n'était pas tari trop rapidement et si quelque suppuration ou fongosité mastoïdienne n'était pas la cause des douleurs. La pression de la mastoïde est douloureuse, mais nous sommes frappé de ce fait que la pression forte l'est relativement moins que la pression superficielle. Un examen plus approfondi nous montre que les téguments, sans changement de coloration, sans œdème, sont infiltrés dans leur partie profonde, tant au niveau de l'apophyse mastoïde que de l'extrémité supérieure du sterno-cléido-mastoïdien et de la région parotidienne. Le pincement en

est douloureux. Il s'agissait de cellulite de la région sterno-mastoïdienne : deux ans avant, alors que mon attention n'avait pas été attirée sur cette question, j'aurais été très embarrassé pour formuler un diagnostic.

OBSERVATION V. — D^r Caboche (très résumée).

*Otite moyenne aiguë. Cellulite péri-mastoïdienne
consécutive.*

Mme T..., 31 ans, a subi la paracentèse du tympan pour otite moyenne aiguë dont l'écoulement est tari le 10 octobre 1930.

Elle revient le 12 novembre pour douleurs très violentes derrière et autour de l'oreille ; douleurs irradiant au vertex, au cou, à la gorge. Pas de température. Epaissement cellulitique sous forme d'un petit nodule aplati, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, sensible à la pression, situé au-dessus du tragus ; infiltrat cellulitique au niveau de l'insertion du sterno-mastoïdien le long du canal postéro-inférieur de la mastoïde.

La malade n'est pas revue.

OBSERVATION VI. — D^r Caboche (très résumée).

*Cellulite de la partie haute de la région
sterno-mastoïdienne. Céphalée et douleurs auriculaires.*

Madeleine B..., 19 ans et demi, vient nous consulter le 30 octobre 1931. Depuis six ans, douleurs pariéto-occipitales gauche. Depuis trois ans sont en outre apparues

des douleurs dans et autour de l'oreille gauche. La patiente ne demeure jamais plus de trois ou quatre jours sans ces douleurs, qui sont parfois extrêmement violentes et empêchent tout sommeil. Pas de vertiges, ni de bourdonnements d'oreille, mais parfois nausées au moment des crises.

Antécédents : otite double paracentésée à l'âge de 6 ans ; opérée de végétations adénoïdes à 7 ans, d'appendicite à 9 ans ; oreillons à 11 ans. Rien dans les urines. Tension artérielle normale ; aurait eu l'an passé 70 grammes d'urée sanguine.

Examen des oreilles : rien d'anormal, à part un léger degré d'amygdalite cryptique on ne trouve rien à signaler dans le compartiment O.-R.-L.

Mais en examinant la région périauriculaire on trouve un épaissement manifeste, quoique léger, du tissu cellulaire sous-cutané de la région sterno mastoïdienne haute. Le plissement des téguments douloureux à la palpation fait reconnaître à ce niveau un minuscule nodule cellulitique. La région trapézienne haute est également infiltrée et douloureuse au plissement. La malade a remarqué elle-même que parfois ces régions se gonflent au cours de paroxysmes douloureux.

Malade perdue de vue.

OBSERVATION VII. — D^r Caboche (très résumée).

Cellulite de la région prétragienne de la joue droite et de la région sterno-mastoïdienne haute. Exagération des bourdonnements à chaque poussée.

Mme D..., 36 ans. A commencé à souffrir il y a huit ans à la suite de coryza et otite suppurée droite. Depuis lors poussées douloureuses très fréquentes, presque toujours consécutives à des poussées de coryza et d'amygdalite. Bourdonnements d'oreille et baisse auditive à droite. Or, à chaque poussée de cellulite, les bourdonnements s'aggravent pour s'atténuer avec l'amélioration de la douleur.

OBSERVATION VIII. — D^r Caboche (très résumée).

Cellulite cervicale gauche ; otorée du même côté. Amélioration auditive coïncidant avec l'amélioration de la cellulite.

M. Al..., 58 ans. Soigné par le D^r Alquier pour cellulite cervicale gauche. Or, de ce côté existe une suppuration chronique de l'oreille remontant à l'enfance. Perforation de l'attique en arrière de la petite apophyse avec petits polypes. Rinne négatif, Weber indifférent. A droite otite scléro-cicatricielle avec perforation postéro-inférieure. Rinne négatif des deux côtés. Elévation de la limite inférieure des sons et abaissement de la limite supérieure. Or, le D^r Alquier m'apprend qu'à chaque crise cellulitique l'audition baisse notablement ; le malade me confirme d'autre part qu'après les interventions du

Dr Alquier (choc électrique, avec massage léger) l'audition s'améliore dans des proportions considérables ; amélioration ayant duré trois semaines et même un mois.

OBSERVATION IX. — Dr Caboche (résumée),

Otorrhée. Évidement rétro-mastoidien.

Cellulite cervico-faciale. Vertiges.

Mme J..., alors âgée de 29 ans, est opérée par moi en 1908 (évidement rétro-mastoidien) pour otorrhée chronique remontant à l'enfance. Guérison après trois mois de pansements, mais avec un léger suintement du fond de caisse par suite de la non-fermeture de l'orifice tympanal de la trompe.

Depuis 1929, c'est-à-dire depuis trois ans je revois la malade d'une façon intermittente (elle habite la province). Elle se plaint de douleurs vives dans la tête du côté gauche (côté opéré), douleurs apparaissant par périodes dans l'intervalle desquelles la malade est relativement bien, et s'accompagnant de vertiges parfois assez violents.

Je ne m'explique pas bien ces douleurs dont la cavité opératoire et l'exploration mastoïdienne ne me donnent pas la clé, ni ces vertiges apparus trop tardivement pour pouvoir donner à penser à une complication labyrinthique.

Mais très récemment (au début de novembre 1931), mon attention est attiré par le fait, signalé par la malade, que la douleur a son maximum en avant du tragus.

En palpant la région, je découvre une grosse infiltration cellulitique très douloureuse à la pression, occupant la

partie postérieure de la joue, région massétérine, descendant en bas vers le sterno cléido-mastoïdien dont l'insertion à la mastoïde présente un petit noyau d'infiltrat douloureux. Le trapèze lui-même est infiltré et douloureux (irradiations douloureuses à l'épaule).

La pression entre les doigts de ce volumineux placard est extrêmement sensible et provoque une sensation de nausée et de vertige. Chaque séance de massage est l'occasion de vertiges suffisamment intenses pour obliger la malade à s'accrocher aux objets placés près d'elle.

Le côté gauche de la face est d'ailleurs le siège de rougeurs vaso-motrices tant au cours des séances de massage qu'à l'occasion des paroxysmes douloureux, et il nous semble plausible que des modifications vaso-motrices du labyrinthe sont à l'origine des vertiges que nous venons de signaler.

Malade très forte, obèse, antécédents héréditaires d'obésité et de diabète, antécédents personnels d'insuffisance hépatique.

En cours de traitement. Pas très sensiblement améliorée au bout de 15 séances tri-hebdomadaires.

OBSERVATION X. — Dr Caboche (résumée).

*Céphalée. Cellulite cervicale faciale
et dorso-lombaire. Vertiges.*

M. A. P..., 39 ans, employé de banque. Examiné le 29 mai 1931 pour céphalée avec maximum à la région du vertex et du front, et aussi à l'occiput du côté droit. Il est venu vers nous, pensant à la possibilité d'une sinusite.

La céphalée s'accompagne de sensations thermiques à la tête (alternatives de chaleur et de froid). Elle n'est pas seulement subjective ; il éprouve souvent des douleurs quand il se touche le côté droit de la tête et de la nuque. En outre, sensation de piqure à la région dorso-lombaire et à la région précordiale. Etat vertigineux presque constant, avec maximum en fin de journée.

Soigné déjà par moi en 1911 pour queues de cornets inférieurs (ablation) et catarrhe naso-pharyngien. En 1912 au Val-de-Grâce on aurait parlé de possibilité de sinusite sphénoïdale, sans toutefois conseiller une opération. (La céphalée n'existait pas à ce moment, elle n'est apparue que depuis trois ou quatre ans.)

L'examen rhinologique montre : Catarrhe purulent du cavum, déviation de la cloison comprimant partiellement les deux cornets moyen ; sinus maxillaire droit très flou. Sinus frontaux très clairs.

Malade extrêmement fatigué. Ne peut engraisser. Rien aux poumons ; bacilloscopie négative. Foie légèrement hypertrophié ; a eu deux atteintes d'ictère.

Infiltrat cellulitique de la région sterno-mastoïdienne haute droite et de la partie droite de la nuque avec un nodule sous-occipital ; infiltrat nodulaire dans la fosse sus-épineuse droite.

Enfin, très gros placard de cellulite intervertébro-scapulaire droite, dont le pincement éveille une douleur à la tempe du même côté.

Pas de traitement (le malade n'est pas revu).

OBSERVATION XI (très résumée).

Cellulites frontale et cervicale infiltrantes coïncidant avec ombres radiographiques des sinus sans suppuration sinusale.

M. H..., 43 ans, examiné le 26 mars 1928, m'expose une histoire de douleur de la région du sinus maxillaire gauche remontant au mois d'août de l'année précédente. Il semble pourtant résulter de l'interrogatoire que ces douleurs remontent à plusieurs années. Quoi qu'il en soit, un de nos distingués collègues de Paris pratiqua en 1927 une ponction du sinus maxillaire et un lavage dont l'eau ressortit claire. Le malade présente une radio faite à cette époque, montrant une opacité du sinus maxillaire gauche et des cavités fronto-ethmoidales droites.

Douleurs spontanées péri-orbitaires droite et gauche, au vertex de la nuque. Douleurs pas très violentes mais laissant peu de répit au malade.

Aucune douleur à la pression, même forte, des parois des sinus maxillaires gauche et frontal droit.

Pas de sécrétion purulente des méats, transillumination: sinus maxillaire gauche opaque, sinus frontal droit clair.

On trouve une véritable barre infiltrée de cellulite de la région frontale, épaisse, sensible à la pression. A la partie gauche du cou, derrière le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, dans la partie supérieure des scalènes, épaissement très net et très douloureux à la pression.

Malade perdu de vue sans traitement.

OBSERVATION XII (très résumée).

Violentes céphalées. Rhinite à tendance atrophique. Pharyngite sèche. « Flou » des sinus maxillaires « sans suppuration ». Basedow fruste. Cellulite congestive des pommettes. Troubles vaso-moteurs facio-thoraciques, vertiges.

Ce titre résume toute l'histoire de cette malade, Mme A..., 43 ans, que j'ai suivie de mai 1924 jusqu'en novembre 1929, époque où, connaissant la question de la cellulite, je reconnus la cellulite congestive des pommettes. Céphalalgies d'une violence extrême, bilatérale prenant la face, le vertex, la nuque ; parfois avec élancements et sensations d'arrachement de l'un ou l'autre des deux yeux ; état d'hébétude et vertigineux.

Les yeux sont saillants, pouls 120, pas de goître. Troubles vaso-moteurs prononcés : poussées congestives de la face, du cou et du thorax.

Les deux pommettes sont atteintes d'un léger gonflement, vaguement rosé, extrêmement sensible au toucher. La pression provoque des douleurs vives localement et à distance.

Cet état douloureux n'est pas continu. Lorsque je la vis en 1924 elle avait eu déjà ces douleurs trois ans avant. L'état douloureux persiste deux, trois, six mois, quelquefois plus, avec accès plus ou moins violents se détachant sur un fond douloureux habituel.

La malade et son entourage ont constaté qu'à chaque poussée douloureuse les pommettes se gonflent.

Le liquide de lavage des sinus maxillaires après ponction est ressorti clair. La malade n'a pas été traitée en raison d'un départ en province.

OBSERVATION XIII (très résumée).

Rhino-pharyngite à répétition. Aspect « flou » du sinus maxillaire droit à la transillumination. Céphalée. Cellulite de la pommette, de la joue, du trapèze.

Simone G..., présente depuis l'âge de 7 ans, époque où je la vis pour la première fois, un long passé rhino-pharyngé : toux pharyngée et rhino-pharyngites à répétitions ayant cédé à l'ablation de végétations adénoïdes en 1921.

Le 20 mars 1927, à la suite de grippe, douleurs qualifiées « névralgiques » de l'hémiface droite. Il me semble constater une saillie un peu plus grande de la pommette droite par rapport à la gauche, mais sans en trouver l'explication. Pas de pus dans les méats. Le sinus maxillaire droit et le frontal gauche s'éclairent moins bien que normalement, mais ils ne sont pas opaques (simple « flou »). Rhino-pharyngite subaiguë.

Quelques pulvérisations cocaïnées font disparaître ces douleurs.

Après une reprise douloureuse momentanée en mars 1928 je revois la malade le 13 janvier 1931 pour une nouvelle poussée de rhino-pharyngite.

De nouveau vives douleurs péri-orbitaires droites, de la racine du nez, de la pommette droite, irradiant à la nuque et à l'épaule droite.

Manifestement la pommette droite est plus saillante que la gauche ; pas de modification de couleur des téguments, mais la pression entre les doigts révèle un épaississement des tissus sous-cutanés sans œdème ; elle est un peu douloureuse et réveille de la douleur à distance vers la racine du nez ; cellulite de la pommette.

La poursuite de l'examen révèle un assez gros placard de cellulite de la moitié supérieure de la région sterno-mastoïdienne, avec trois petits nodules douloureux en avant du bord antérieur du muscle.

La malade a remarqué qu'au moment des poussées douloureuses sa joue droite augmente légèrement de volume et prend parfois une teinte légèrement rosée.

A la nuque, à la partie supérieure des trapèzes : un placard d'infiltration. Le trapèze droit, entre la nuque et l'épaule, semble un peu contracturé.

Douze séances de massage et d'effluation atténuent considérablement douleurs et infiltrats.

Rechute le 19 mars 1931, suivie du même traitement et de la même amélioration.

OBSERVATION XIV (résumée).

Coryzas à répétition. Obscurité des sinus maxillaires, sans suppuration. Céphalées violentes. Cellulites cervico-faciales.

Lorsque M. G..., 36 ans, vient à ma clinique pour la première fois le 19 mars 1923, elle se plaint d'un mal de tête d'une intensité « à la rendre folle », ôtant pour ainsi dire tout sommeil ; cela depuis trois ans. Ces douleurs,

ou plutôt leur exacerbation, coïncident toujours avec des coryzas. Elles ont leur maximum du côté gauche de la face (péri-orbitaire, temporales. Région de la nuque, mais surtout péri-orbitaires). A droite, avec localisation analogue, elles sont un peu moins fortes, et en outre affectionnent aussi la région auriculo-mastoïdienne.

Réduite à la plus simple expression, l'observation de cette malade, que nous suivons depuis huit ans, peut se traduire par les lignes suivantes :

Déviation de la cloison comprimant le cornet moyen gauche ; les deux sinus maxillaires très flous à la transillumination, les deux sinus frontaux obscurs ou petits.

Radio : absence de sinus frontaux ; sinus maxillaire gauche moins clair que le droit. Sinus sphénoïdaux normaux.

La ponction suivie de lavage des deux sinus maxillaires ramène un liquide absolument clair. Il ne s'agit donc pas de sinusite. Néanmoins, les lavages à l'eau bouillie (cinq de chaque côté) amenèrent une détente manifeste des douleurs, surtout à gauche, et pendant un an, les douleurs furent insignifiantes.

Le 4 juillet 1924, de nouveau violentes douleurs à prédominance droite, cette fois (rétro-oculaire, tempe, front, mastoïde), douleur à la pression à l'émergence sus et sous-orbitaire. Douleur à la pression mastoïdienne et à la région prétragienne. Poussées consécutives de la face très vives, au cours de l'examen. Sensiblement même aspect des sinus (le maxillaire droit cette fois plus flou que le gauche) En palpant la région mastoïdienne, nous sentons près de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien

de petites masses douloureuses que nous prenons pour des ganglions.

La malade disparaît sans que nous ayons pu nous faire une idée même approximative de la cause de ces manifestations douloureuses.

Elle revient le 2 juin 1934 ; dans l'intervalle, nous nous étions familiarisé avec la notion de cellulite que nous ignorions antérieurement.

Elle nous déclare n'avoir pas souffert, ou très peu, depuis trois ans. Mais elle est reprise de vives douleurs cervicales droites avec irradiation à l'oreille, l'œil, la nuque du même côté ; insomnies, brouillards devant les yeux.

Je trouve une grosse infiltration cellulitique en placard, de la partie latérale droite du cou, présentant son maximum au 1/3 supérieur. Le tissu cellulaire est très épais, sur l'apophyse mastoïde et dans les zones pré, rétro et sous-apexienne. Le plissement et l'étirement de cette région sont très sensibles et réveillent de vives douleurs dans l'oreille, dans la tempe et l'œil du côté droit.

La cellulite descend, en s'atténuant, vers la partie inférieure du cou ; à la partie moyenne du scalène on sent un petit nodule cellulitique, acéré et très douloureux.

Le traitement n'a pu être suivi quelques jours en raison d'une grave maladie du mari.

OBSERVATION XV (résumée).

Cellulite congestive de la pommette gauche.

Insuffisance nasale et congestion des sinus.

Mme V. de M..., 38 ans, se présente à la clinique le 1^{er} décembre 1929 pour coryza spasmodique apériodique remontant à deux années et se compliquant d'anosmie et d'ageusie. Déviation de la cloison obstruant totalement la fosse nasale droite. Légère hypertension artérielle ; pas d'albumine dans les urines ; état catarrhal de toute la muqueuse nasale. Les sinus frontaux sont très légèrement flous, le sinus maxillaire gauche clair, le droit très légèrement flou à la transillumination, bien que la paupière éversée soit transparente. La résection sous-muqueuse de la cloison pratiquée le 7 juillet 1930 amène progressivement la cessation de tous les accidents. Le 16 juillet, éternuements et anosmie avaient disparu. Les sinus frontaux étaient clairs. Seul le sinus maxillaire (gauche cette fois) était peut-être légèrement flou à la transillumination, la paupière inférieure éversée s'éclairant normalement.

Le 18 janvier 1932, la malade revient nous voir pour des douleurs périorbitaires et de la joue gauche apparues depuis six mois. La respiration nasale est parfaite.

Tous les sinus sont clairs.

Cependant, il existe un certain gonflement de la pommette gauche. La malade et son entourage ont remarqué qu'au moment des crises douloureuses ce gonflement apparaît. Pas d'œdème, pas de godet à la pression, mais épaissis-

sement au pincement entre le pouce et l'index, épaissement portant sur la couche sous-cutanée et très nettement perceptible par comparaison avec le pincement de la région symétrique. Ces manœuvres éveillent une sensibilité assez vive du côté gauche. Il s'agit nettement de cellulite congestive de la joue.

Massages et effluations qui amènent un soulagement appréciable dès la troisième séance. Après six séances, toute douleur a disparu ; les tissus de la pommette sont redevenus très souples.

OBSERVATION XVI (résumée).

Cellulite congestive de la région frontale et de la pommette droite. Atteinte antérieure des cavités sinuses.

Mme R..., 40 ans, vue pour la première fois à la clinique le 14 janvier 1929 pour douleurs et bourdonnements de l'oreille droite. On trouve une petite perforation de l'attique, humide, légèrement sanguinolente, remontant vraisemblablement à une otite survenue à cette oreille l'an dernier. Pas de réaction mastoïdienne. Le 4 février, l'oreille est sèche ; mais on constate un léger degré de sinusite maxillaire bilatérale coïncidant avec une poussée de pharyngite. Le 8 avril, tout était rentré dans l'ordre, sinus clairs.

Le 20 janvier 1932, nouvelle visite de la patiente, à la suite d'une sinusite frontale droite qu'elle aurait faite un mois et demi auparavant et s'étant accompagnée de sécrétion de pus et de sang ; elle accuse de violentes douleurs craniennes localisées à la racine du nez et au frontal droit

et empêchant le sommeil. Elles siègent aussi à la joue droite et irradient vers le lobule du nez, vers l'oreille et la région sous-auriculaire droites.

Gonflement léger mais net de la région frontale droite vers la ligne médiane et de la pommette du même côté. A la palpation, pas d'œdème, pas de godet à la pression. Mais le plissement de ces deux régions entre le pouce et l'index se fait mal, on reconnaît une sorte de cartonnage du tissu sous-jacent et de la peau elle-même. Le plissement est douloureux. Pas de température.

Femme forte, légèrement obèse : opérée d'un kyste de l'ovaire avec conservation de l'ovaire du côté opposé. Rien dans les urines.

Les quatre sinus sont clairs à la transillumination. Pas de pus dans les fosses nasales. Tout au plus constate-t-on une rougeur un peu plus vive de la fosse nasale droite.

Inhalations. Rhino-vaccin. Pétrissages légers de la cellulite combinés avec effluation de haute fréquence. Après quatre séances, la patiente est très soulagée. Sommeil revenu. Après six séances, les douleurs ont cessé. Les nuits n'ont jamais été aussi bonnes depuis deux mois. Les téguments du front et de la joue sont presque aussi souples que du côté opposé. Il persiste pourtant un certain gonflement de la joue.

OBSERVATION XVII (personnelle, résumée).

Cellulite cervico faciale ayant simulé l'odontalgie, la sinusalgie, l'otalgie, avec vertige et bourdonnement d'oreille. Syndrome de Claude Bernard-Horner. Crises douloureuses anaphylactoïdes. Guérison par le massage et la médication antichoc.

Mme G..., 50 ans, souffre d'une céphalée violente, dont le début remonte à 1916 et qui se présente sous forme de crises douloureuses, au début très espacées, mais depuis quatre ans presque subintrantes.

Cette céphalée survient sans cause apparente ou est réveillée par le froid, l'humidité, les émotions.

Les crises sont principalement nocturnes, durant de douze à soixante-douze heures et plus, et disparaissent en s'atténuant progressivement. Dans les intervalles, il reste un endolorissement et de la fatigue.

Presque toujours, les douleurs ne touchent qu'une moitié de la face ; leur point de départ est généralement la partie latérale du cou ; de là, elles se propagent à l'hémiface, à la nuque, à l'épaule.

La chaleur et 16 comprimés d'aspirine par jour atténuaient à peine les douleurs. Parfois, la malade fut obligée de recourir à la morphine (la violence des douleurs provoquait à certains moments des idées de suicide). On essaya avec un succès relatif les attouchements au liquide de Bonain de la zone intranasale du ganglion sphéno-palatin. Pendant un mois après la cinquième séance, elle fut légèrement soulagée.

Le Dr Aubry trouvant un gonflement et l'infiltration de l'épaule gauche, nous a confié la malade pour voir si les troubles ne seraient pas liés à la cellulite et instituer, le cas échéant, le traitement adéquat ; nous voyons la malade le 5 mai 1933.

En proie à une forte crise, elle est alitée, ne pouvant supporter ni la lumière (la chambre est dans l'obscurité) ni le moindre bruit.

Le côté gauche de la face actuellement douloureux est plus pâle que le droit, refroidi. l'œil gauche cerné paraît plus petit, légèrement enfoncé dans l'orbite, la pupille contractée, donnant à la malade l'impression d'une « dureté douloureuse ».

Nous trouvons un noyau cellulitique susorbitaire, une traînée partant du sillon naso-buccal, vers l'oreille et la partie médiane du sterno-cléido-mastoïdien, gros placard du bord antérieur du trapèze ; un autre descend dans la gouttière vertébrale jusqu'à la pointe de l'omoplate et dans la fosse sus-épineuse. L'exploration réveille une vive douleur. 12 séances quotidiennes de massage et de la haute fréquence (effluation) améliorent considérablement la malade. Elle se sent transformée, ses nuits n'ont jamais été aussi bonnes, jamais elle ne s'est sentie aussi libre de la tête. Pourtant, les crises n'ont pas complètement disparu, mais elles sont plus rares et courtes. Trois mois après, la malade est reprise de nouveau. Six semaines de séances de massage font disparaître totalement l'infiltrat. Cependant, par périodes très espacées d'ailleurs, la malade continue à faire des crises douloureuses très légères, et chaque crise coïncide avec une

réapparition de l'infiltrat qui cesse avec la disparition de la douleur en quelques séances de massage.

Nous avons pu constater que ces crises douloureuses sont provoquées par les causes toujours les mêmes : les variations atmosphériques, mais aussi par l'ingestion de certains aliments, notamment : abats, gibier, poissons bouillis ou frits, graisse.

Au mois d'octobre apparaissent des placards douloureux au dos, à la région sterno-chondrale gauche, sous-axillaire, sous-mammaire, déterminant les douleurs à type d'angor.

Nous décidons d'appliquer, en plus du massage, une médication « antichoc », en l'espèce, l'autohémothérapie et l'extrait hépatique, combinée avec exclusion de l'alimentation des substances déclanchantes. Le résultat fut excellent : cellulite et douleurs disparurent. Au printemps 1934, reprise de douleurs angineuses : 8 séances de massage en même temps qu'injection intramusculaire d'extrait de rate ; résultat excellent : pendant six mois, la malade n'a eu que 6 crises légères et courtes. Elle a repris du poids, est redevenue gaie, se considère comme guérie.

OBSERVATION XVIII (personnelle, résumée).

Cellulite prétragienne et de la région sterno-mastoïdienne haute à la suite de coryza et otite. Baisse auditive et exagération des bourdonnements à chaque poussée.

Mme G..., 38 ans, vient à la clinique du Dr Caboché le 2 mars 1931 pour des angines avec enrouement à répétition.

tion et de vives douleurs à l'oreille gauche avec irradiation vers le tragus. Le début de ces douleurs remonte à cinq ans à la suite de violent coryza et otite gauche suppurée. La crise douloureuse a duré cinq jours ; depuis, les poussées douloureuses sont très fréquentes, tous les quinze jours environ, mais moins vives, presque toujours consécutives à des poussées de coryza et d'amygdalite.

Il y a deux ans, crise d'extrême violence et qui dura vingt jours.

Enfin, il y a quinze jours, de nouveau une crise très douloureuse. La malade se plaint également d'une baisse auditive et de bourdonnements d'oreille à gauche, s'aggravant à chaque crise douloureuse pour s'atténuer avec l'amélioration de la douleur.

Amygdales rouges, adhérentes au pilier à la suite des cautérisations. Liquide purulent à leur dissection. Gonflement de la région sterno-mastoïdienne haute, sans adénite, sans rougeur, éveillant une douleur avec irradiation à l'oreille et à la joue. Noyau cellulitique prétragien.

16 mars 1931. — 10 séances de haute fréquence avec massage. Va beaucoup mieux. Encore de l'endolorissement, mais pas de crises. Région malade beaucoup plus souple à la palpation. Revue le 30 août 1931. Déclare qu'elle va beaucoup mieux, a repris du poids. Restent quelques petites douleurs. Veut continuer le traitement.

OBSERVATION XIX (personnelle, résumée)

Cellulite sus et sous-orbitaire.

Mme W..., 20 ans, vient à la clinique le 27 octobre 1933 pour une douleur sus-orbitaire gauche, depuis quinze jours, survenue sans cause apparente. Rien d'autre dans ses antécédents à noter que de l'appendicite chronique. Actuellement coryza aigu. Déviation de la cloison et hypertrophie des cornets inférieurs. Noyau cellulitique au-dessus de l'arcade sourcillière gauche, distinct à la palpation, douloureux à la pression et légèrement saillant à jour frisant. Tous les sinus clairs. 9 décembre 1933. Au bout de 3 séances de haute fréquence avec massage, les douleurs disparaissent, mais c'est la joue gauche qui devient douloureuse. A l'inspection, la joue gauche est légèrement enflée, à la palpation plus épaisse que le côté droit symétrique. Tous les sinus clairs. Guérison après 5 séances de massage avec haute-fréquence.

OBSERVATION XX (personnelle, résumée).

Cellulite cervicale, amygdalite critique chez une hépatique.

Syndrome de Claude Bernard-Horner.

Vient à la clinique pour une douleur et raideur du cou surtout à gauche, avec irradiation à l'oreille. Ces accidents durent depuis dix-sept ans.

Sur un fond douloureux à peu près habituel, en effet, surviennent des crises douloureuses très vives, principalement la nuit, durant quarante-huit heures avec gonfle-

ment et rougeur de la moitié de la face. A ces moments la fente palpébrale correspondante est rétrécie avec enfoncement du globe oculaire dans l'orbite.

Ces crises sont souvent liées à des troubles dyspeptiques ; soignée pour des troubles vésiculaires ou hépatiques, opérée d'un fibrome.

Amygdale gauche cryptique. Trainées de cellulite dans la région sous-maxillaire, partie moyenne du sterno-cléido-mastoïdien et à l'insertion supérieure et bord antérieur du trapèze. Dans ces régions, le plissement de la peau est douloureux.

A la moitié gauche de la face, le tissu sus-cutané est infiltré mais sans nodules distincts. La malaxation de cet infiltrat est douloureuse. Pas de traitement.

OBSERVATION XXI (personnelle, très résumée).

Cellulite cervico-faciale. Amygdalite chronique.

Rhinite spasmodique. Médication anti-choc.

Mme G..., 56 ans, vient à la clinique pour des céphalalgies très violentes, sans localisation précise, apparues depuis de longues années, mais très exagérées d'intensité et de fréquence depuis quatre ans.

L'examen rhinoscopique montre que les sinus sont hors de cause. Il existe simplement un état congestif des cornets inférieurs.

Outre une histoire ancienne d'entéro-colite, son passé pathologique est surtout fait de maux de gorge à répétition : on trouve, en effet, une amygdalite cryptique chronique dans des amygdales réduites au sinus de Tortoual,

se prolongeant en une longue crypte jusqu'à la pointe amygdalienne, et dont on pratique la discision.

En outre, la malade est atteinte de la rhinite spasmodique, dont les accès coïncident presque toujours avec les poussées douloureuses de la face et du cou.

Cellulite cervico-faciale. Infiltrats des régions sterno-mastoïdiennes hautes et de l'insertion des trapèzes.

En raison de coexistence de coryza spasmodique, nous pensons qu'un déséquilibre colloïdal doit présider aux crises douloureuses cellulitiques.

Sans traitement massothérapique nous pratiquons la médication peptonique par voie buccale.

Après deux mois de cette médication, la douleur avait presque disparu ; les crises s'atténuèrent en intensité et en fréquence. La rhinite spasmodique fut très améliorée.

Conclusions.

Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire les conclusions d'un travail du D^r Caboche sur le sujet (Annales O. R. L., juillet 1932).

La cellulite doit être connue de l'oto-rhino-laryngologiste :

1^o Parce qu'elle est souvent sous la dépendance d'affections du compartiment O. R. L.

2^o Parce qu'une fois constituée, elle peut à son tour provoquer des troubles dans ce compartiment (Baisse auditive, Vertiges, Bourdonnements).

3^o Parce qu'elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic (fausses otites, fausses mastoïdites, fausses sinusites, etc...).

4^o Parce que la thérapeutique peut la guérir parfois, l'améliorer souvent.

5^o Elle demande à être recherchée, puisque les phénomènes douloureux pouvant relever de causes diverses, sa symptomatologie tient tout entière dans les modifications objectives qui ne s'imposent pas et

dont la constatation nécessite même une certaine éducation du toucher.

6^o Mais elle doit être assez fréquente, si nous en jugeons par le nombre de cas relativement élevé que nous avons pu observer.

Elle explique un certain nombre de ces céphalées, de ces algies cranio-faciales pour lesquelles le rhinologiste est souvent consulté sans pouvoir mettre sur elles une étiquette satisfaisante, ni instituer un traitement rationnel.

On doit toujours y penser et la rechercher en présence d'une céphalalgie, lorsqu'un examen minutieux des différents organes et fonctions somatiques n'en donne pas l'explication et que l'examen O. R. L. n'a pas révélé, dans ce compartiment, d'affection douloureuse par elle-même.

Vu : le Président de la thèse,
LEMAITRE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE et THUREL. — Les algies faciales (*Monde médical*, 1^{er} février 1934).
- ALQUIER (Louis). — La cellulite, ses caractères et ses causes. Les troubles fonctionnels qui l'accompagnent. Comment la traiter (*Monde médical*, n° 623, 15 avril 1923).
- Cellulite et innervation végétative (*Monde médical*, 1^{er} décembre 1925).
 - La céphalée cellulitique (*Concours médical*, 28 novembre 1926).
 - Cellulite et appareil respiratoire (*Arch. médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. I, n° 6 1926).
 - Physiothérapie des tissus interstitiels (*Gaz. des Hôp.*, nos 8 et 15, février 1928).
 - Les réactions neuro-vasculo-tissulaires en clinique (*Gaz. des Hôp.*, 5 juin, 3 et 17 juillet, 14 août 1929).
 - La réflexothérapie chiro-électrique (*Gaz. des Hôp.*, 17 et 24 décembre 1930).
- BARRÉ. — Syndrome sympathique post. (*Revue neurologique*, 1926, t. I).
- BRANDLIGHT. — Les cellulalgies aiguës (*Acta Pneumologica*, 6 sept. 1930).

- DESGEORGES. — Cellulite et colibacillose (*Société de Médecine de Paris*, 1932).
- FORESTIER (J.). — Le trou de conjugaison vertébral et l'espace épidual (*Th. Paris*, 1922).
- La douleur du tissu cellulaire sous-cutané. Adiposalgie. Panniculalgie (*Bull. méd.*, 1930, n° 4).
- FORESTIER (H.). — Un nouveau procédé de palper le cou, etc... (*Le Médecin chez lui*, n° 8, avril 1931).
- FORESTIER (J.). — La douleur d'enveloppe, adiposalgie, cellulalgie, Aix-les-Bains (*Le Médecin chez lui*, avril 1931).
- FRUMUSAN (Jean). — La thérapeutique de la cellulite (*Concours médical*, 4 juin 1933).
- HARTEMBERG. — Rapport à la Société de Médecine de Paris, avril 1923.
- HIRSCH (Mad.). — Douleur cellulitique et ménopause (*Th. Paris*, 1928). Amédée Legrand (longue bibliographie).
- HALPHEN, MONTBRUN. — Les céphalées en oto-neuro-ophtalmologie (*Revue d'Oto-neuro-oculistique*, 1929, n° 3, mars).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La sympathose cervicale cellulitique (*Médecine internationale*, n° 10, octobre 1931).
- LAGÈZE (P.). — Sciatique et infiltration cellulitique (*Th. Lyon*, 1929).
- LAVAL. — Cellulite d'origine otite (*Arch. Int. O.-R.-L.*, novembre 1930).
- LEO et SÉDILLOT. — Un cas de migraine ophtalmique avec cellulite guéri par le massage (*Société de Médecine de Paris*, 1^{er} février 1931).

- LAROCHE (Guy). — Discussion à propos de la cellulite (*Société de Médecine de Paris*, 13 mars 1931).
- LAROCHE (Guy) et MEURS (M^{lle}). — Traitement de la cellulite (*Paris médical*, 5 décembre 1931).
- La cellulite (Bibliothèque de la *Revue de Médecine*).
- LÉVY (Léopold). — Discussion à propos de la cellulite (*Société de Médecine de Paris*, 13 mars 1931).
- Le tempérament et ses troubles : Cellulite (*Paris*, J. Olivier).
- A propos de la cellulite (*L'Esprit médical*, 5 et 20 février, 5 et 20 mars, 5 avril 1933).
- PAVIOT. — Les cellulites. Leurs rapports avec les troubles hépato-digestifs. Leur terrain (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1926).
- PAVIOT et LAGÈZE. — Considérations cliniques générales sur les cellulalgies nodulaires et infiltrées (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1929).
- PAVIOT, MARTIN (J.-F.), DECHAUME (J.), LAGÈZE (P.). — Sciatiques et cellulalgies (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1929).
- SARGNON. — Les céphalées d'origine nasale (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1930).
- SÉDILLOT (J.). — Discussion à la Société de Médecine de Paris, 13 mars 1931. Qu'est-ce que la cellulite ? (*Le Siècle médical*, 1931, n° 92).
- WATERWALD. — Les névralgies. Vigot, 1910. Les cellulites (*Journal médical français*, 15 septembre 1913).

